

## CUESTIONARIO "MANTENGA A SU NIÑO SALUDABLE" Niños de 4 a 8 años

Nombre y apellido del niño	Fecha de nacimiento □□/□□/□□	Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Fecha □□/□□/□□	<b>For Clinical Use</b>
Nombre de la persona que llena el cuestionario	Parentesco con el niño <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Otro			Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
<p><b>El equipo médico de su niño y usted pueden colaborar para tener una buena salud. Por favor conteste estas preguntas lo mejor que pueda. Si no sabe la respuesta o no desea contestar, puede marcar (✓) "omite". Puede hablar con su proveedor de salud acerca de cualquier pregunta. Sus respuestas serán confidenciales y serán parte de su expediente médico.</b></p>				Annual Review Date/Initials
<p><b>Ejemplo de una pregunta y respuesta: ¿Practica su niño deportes?</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omite</p>				Interventions Code/Date/Initials
<p><b>En su casa:</b> Does Your Home Have:</p>				
1. ¿Tiene un detector de humo que funcione? A working smoke detector?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	
2. ¿El agua que sale de la llave es lo bastante caliente como para quemar a su niño? Water that comes from the faucet hot enough to burn your child?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite	
3. ¿Tiene rejas en las ventanas del segundo piso? Window guards above the first floor?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	
4. ¿Están los productos de limpieza, medicinas y cerillos o fósforos en un armario cerrado bajo llave? Cleaning supplies, medicines, and matches in a locked cabinet?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	
5. ¿Tiene jarabe de Ipecac (una medicina para provocar el vómito) y el número de teléfono del Control de Envenenamientos? Syrup of Ipecac (the medicine used to cause vomiting) and the Poison Control phone number for emergencies?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	
<p><b>Su niño:</b> Does your child:</p>				
6. ¿Recibe atención médica de alguna persona aparte de un médico, como un curandero, un yerbatero, u otros? Receive health care from anyone besides a medical doctor (such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Omite	
7. ¿Va al dentista por lo menos una vez al año? See the dentist at least once a year?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	
8. ¿Toma leche o yogur o come queso por lo menos 2 veces al día? Drink milk or eat yogurt or cheese at least 2 times each day?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	
9. ¿Come por lo menos 5 porciones de frutas o verduras al día? Eat at least 5 servings of fruits or vegetables each day?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	
10. ¿Come solamente una cantidad limitada de alimentos fritos o comidas rápidas? Eat only a limited amount of fried or fast foods?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Omite	

**For Clinical Use**

Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes

	<p><b>Patient Stamp</b></p> <p>_____ Patient Number _____ Plan Name/Number</p> <p><i>If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number</i></p>
--	---

			<i>For Clinical Use</i>
			Interventions Code/Date/Initials
<b>Su niño:</b> <u>Does Your Child:</u>			
11.	<b>¿Participa en juegos activos 5 días a la semana?</b> Play actively 5 days a week?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omita	
12.	<b>¿Necesita perder o aumentar de peso?</b> Need to lose or gain weight?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita	
13.	<b>¿Algunas veces juega en la calle o sin supervisión en el jardín del frente de una casa o departamento?</b> Ever play in the street or unsupervised in the front yard?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita	
14.	<b>¿Usa el cinturón de seguridad siempre que va en carro?</b> Always wear a seat belt when riding in a car?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omita	
15.	<b>¿Usa un casco protector siempre que anda en bicicleta o en patineta?</b> Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Omita	
16.	<b>¿Pasa tiempo en una casa o departamento donde hay una alberca o jacuzzi?</b> Spend time at a house or apartment complex with a swimming pool or hot tub?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita	
17.	<b>¿Pasa tiempo en una casa donde hay una pistola?</b> Spend time in a home where a gun is kept?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita	
18.	<b>¿Pasa tiempo en una casa donde alguien fuma?</b> Spend time in a home with anyone who smokes?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita	
19.	<b>¿Pasa tiempo al aire libre sin usar loción, sombrero o camisa para protegerse contra el sol?</b> Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita	
20.	<b>¿Ha sido alguna vez testigo o víctima de abuso o violencia?</b> Ever witnessed or been a victim of abuse or violence?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita	
21.	<b>¿Ha tenido algún problema en la casa o en la escuela?</b> Had any problems at home or school?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita	
22.	<b>¿Tiene usted alguna pregunta o preocupación relacionada con la salud de su niño?</b> <u>Do you have other questions or concerns about your child's health?</u> <b>(Por favor escríbala)</b> (Please identify)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Omita	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			

*For Clinical Use*

Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes

**Declaración sobre la Privacidad**

La Ley de Prácticas sobre la Información (Information Practices Act) de 1977 (Código Civil de California 1798) y la Ley Federal sobre la Privacidad (5 USC 552a, Subdivisión (E)(3)) exigen que se proporcione este aviso al solicitar información personal de los individuos. Su proveedor de atención médica, su plan médico y el Departamento de Servicios de Salud solicitan la información en este cuestionario, con el fin de proporcionar servicios de educación sobre la salud. El proporcionar esta información es opcional para el paciente. El no proporcionar la información solicitada no ocasionará ninguna consecuencia negativa al paciente. La información que aparece en este cuestionario se mantendrá en el expediente médico del paciente, y se protege legalmente de la misma forma que cualquier otra información que se mantiene en el expediente médico de paciente. Las leyes y los reglamentos estatales, incluyendo los requisitos de reporte y protección de la confidencialidad del paciente son pertinentes a toda la información indicada en este cuestionario. Dentro de los límites de estas leyes y reglamentos, cierta información anotada en este cuestionario puede transferirse a las dependencias reglamentarias gubernamentales locales y estatales, a los planes con los que se tiene contrato y a los proveedores de atención médica.